

Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

zum besseren Verständnis Ihrer Beschwerden möchte ich Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Alle Angaben sind freiwillig.

Datum			
Vorname		Name	
Straße + Nr.		PLZ + Ort	
Geburtsdatum		Beruf	
Telefon Privat		Handy	
Email			
Krankenkasse	(bitte auch die evtl. Zusatzversicherung eintragen)		
Wie haben Sie mich gefunden?			

1. Bitte beschreiben Sie zunächst Ihre aktuellen Beschwerden.

2. Gibt es noch Beschwerden oder Diagnosen in anderen Bereichen?

3. Haben oder hatten Sie schon folgenden Beschwerden?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Probleme mit der Verdauung: Neigung zu Durchfällen oder Verstopfung			
Probleme mit dem Magen: Übelkeit, Reflux, Appetitstörungen, Geschwüre			
Lebererkrankungen, Gelbsucht (Hepatitis), Gallenkoliken			
Probleme mit Niere + Blase: Entzündungen, Reizblase, Beckenbodenschwäche			
Gynäkologische Probleme: Regelschmerzen, Zysten, Myome, Milieustörungen			
Atemwegserkrankungen: Asthma, COPD,			
Probleme mit dem Gefäßsystem: Bluthochdruck, Krampfadern,			
Nervöse Beschwerden / Nervenzusammenbruch / Burnout/Schlafstörungen			
Missempfindungen, unwillkürliche Muskelzuckungen, Kribbeln			
Rhematische Beschwerden: Schmerzen des Bewegungsapparates o.a.			
Allergische Symptome: Unverträglichkeiten, Reizdarmsyndrom, Heuschnupfen			
Hauterkrankungen			
Diabetes mellitus			
Beschwerden am Bewegungsapparat: Bandscheibenvorfälle, Kniebeschwerden, Schulter			

4. Allgemeine Fragen Nein Selten Oft Regelmäßig

	Nein	Selten	Oft	Regelmäßig
Rauchen Sie?				
Treiben Sie Sport? Welchen?				
Fleischkonsum				
Alkoholkonsum				
Kochen Sie regelmäßig frisch?				

5. Gibt es in Ihrer Familie erbliche bedingte oder gehäuft aufgetretene Erkrankungen?

6. Leiden Sie selbst an oben nicht aufgeführten Erkrankungen?

7. Nehmen Sie Medikamente?

Regelmäßig:
Bei Bedarf:

8. Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Operationen, Kaiserschnitte, Verletzungen?

Ich danke Ihnen für die Angaben und Ihr mir entgegengebrachtes Vertrauen.

Bitte beachten Sie:

Terminabsagen: Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte schnellstmöglich, mindestens aber 24 Stunden zuvor ab. Anderenfalls muss er Ihnen leider in Rechnung gestellt werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich freue mich auf unseren gemeinsamen Termin. Herzliche Grüße, Ihre Nicole Wenge